

ESTUDO DE CASO

TRANSGENITALIZAÇÃO – MULHER PARA HOMEM

José Augusto Machado¹; Maria do Carmo Andrade Silva²; Paulo Roberto Bastos Canella³

SEX REASSIGNMENT SURGERY - FEMALE TO MALE

Resumo: O transexual é definido, segundo o DSM-IV-TR 2002, como um transtorno de gênero, no qual se observa um desconforto persistente ou sentimento de inadequação ao papel de gênero do seu sexo. Neste trabalho apresentam-se seis casos de transexuais femininos, que estiveram em acompanhamento no Projeto de Gênero e Transgenitalização, no Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), para adequação fenotípica. Apresentam-se as características gerais e especiais de cada caso, assim como sua evolução nas diversas fases do Projeto. Esse processo evolui por meio de consultas regulares por no mínimo dois anos, o que possibilitou um diagnóstico diferencial adequado, pautado em avaliações das condições físicas e psicológicas de cada indivíduo. Administração e acompanhamento que envolveram entrevistas e avaliações psicológicas, terapia com hormônios androgênicos, reflexões em grupo de iguais e início das etapas cirúrgicas, que passam por: mastectomia, histerectomia com anexectomia e posterior possível neofaloplastia. Repercussão histopatológica da androgenioterapia sobre útero e ovários extirpados.

Palavras-chave: disforia de gênero; transgenitalização; transexualidade

Abstract: The transsexual is defined according to DMS IV as a gender upset in which is observed a persistent discomfort or inadequacy feeling to the paper of gender of his/her sex. In this work we presented six cases of transsexual feminine in attendance in the Projeto de Gênero e Transgenitalização in process in the Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ, that you/they look for an physical masculine identity. We presented the general and personal characteristics of each case and his evolution inside of the project in the several phases of the process: periodic consultations and application of tests, regular consultations for two years with verification of the physical and psychological conditions, administration of androgenic hormones, psychological interviews and begin of the surgical stages that they go by the mastectomy, hysterectomy with anexectomy and possible neo-faloplasty. We talk about the histopatol.

Keywords: disforic gender; sex reassignment; transgender

1. Professor Adjunto do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenador da Pós-Graduação do Instituto de Ginecologia da UFRJ.

2. Professora Titular de Sexologia da Universidade Gama Filho (UGF). Coordenadora do Ambulatório de Sexologia e Psicossomática do Hospital Municipal de Ensino da Piedade/UGF. e-mail: mariacarmoas@yahoo.com.br.

3. Professor Adjunto do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenador da Pós-Graduação do Instituto de Ginecologia da UFRJ.

Introdução

O processo de transgenitalização dos indivíduos transexuais femininos, para o aspecto somático masculino, é bem mais complexo e demorado que o tratamento cirúrgico do masculino para o feminino. Apresenta-se neste trabalho o resumo de seis casos acompanhados no Ambulatório de Sexologia do Hospital Moncorvo Filho, inscritos no Projeto de Gênero e Transgenitalização do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em parceria com o Programa de Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho (UGF). (CANELA; ANDRADE SILVA, 2004). Este Projeto de pesquisa, interdisciplinar como a temática necessita, teve início em 1999, em acordo com a resolução nº 1.482 (de 10 de set. de 1997) do Conselho Federal de Medicina. Em 2004 contava com 21 casos em andamento, sendo oito indivíduos transexuais de feminino para masculino. Neste trabalho apresentaremos seis destes casos, pois dois deles ainda estavam iniciando o processo.

Segundo o DSM-IV-TR 2002,

Há dois componentes no Transtorno da identidade de gênero, sendo que ambos devem estar presentes para fazer o diagnóstico. Deve haver uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste no desejo de ser, ou a insistência do indivíduo de que é do sexo oposto (Critério A). Essa identificação com o gênero oposto não deve refletir um mero desejo de quaisquer vantagens culturais percebidas por ser do outro sexo. Também deve haver evidências de um desconforto persistente com o próprio sexo atribuído ou uma sensação de inadequação no papel de gênero deste sexo (Critério B). O diagnóstico não é feito se o indivíduo tem uma condição intersexual física concomitante [...] (Critério C). Para que este diagnóstico seja feito, evidências de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério D) (p. 547-548).

O transexual caracteriza-se, portanto, pelo

sentimento de inadequação entre a realidade psíquica e o corpo físico. Os portadores são indivíduos com “cabeça” feminina em um corpo de homem, ou homens psicologicamente com um corpo de mulher.

O tratamento cirúrgico desses indivíduos, que apresentam conformação anatômica feminina indiferenciável da mulher, exige os mesmos pré-requisitos necessários para a transgenitalização de masculino para o feminino, normatizados pelo Conselho Federal de Medicina. Sua realização nestes casos, porém, ainda encontra-se restrita a Hospitais Universitários, em função de permanecer como pesquisa experimental.

Esses indivíduos são acompanhados por no mínimo dois anos, em consultas regulares para avaliações físicas e psíquicas, sempre pelos mesmos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar deste Projeto. Esses profissionais trabalham de forma integrada objetivando individualizar os atendimentos às necessidades e possibilidades de cada um dos pacientes.

Em uma **Primeira Fase**, as consultas pretendem levantar, por meio de uma anamnese psicológica aprofundada, o relato das histórias de vida dos pacientes, priorizando-se: família, escola, grupos de iguais, identidade e papel de gênero, evolução das percepções enquanto indivíduos sexuados, orientação sexual, autoconceito e autoestima, atividades afetivo-sexuais, sociais, econômicas e profissionais (na infância, adolescência e idade adulta). Complementam esses dados testes de personalidade e inteligência, tendo-se como objetivo o afastamento de outros distúrbios mentais. E no que se refere às avaliações físicas, anamnese e exames físicos, também são incluídos exames anatomofuncionais e hormonais, como outras doenças e o uso de medicamentos ou drogas, que também fazem parte da Primeira Fase, quando se pretende, por meio de todos os dados e as avaliações multidisciplinares, constituir um diagnóstico diferencial adequado.

A **Segunda Fase** refere-se ao processo de

reposição hormonal, com avaliações psicológicas pessoais e clínicas constantes, reunião e reflexão em grupo de iguais com dois representantes do Projeto, assim como avaliações laboratoriais trimestrais. Este rigoroso acompanhamento objetiva chegar-se a um diagnóstico seguro, que indique a transgenitalização. O tratamento cirúrgico é definitivo e, quando realizado, não há possibilidade de retorno. Assim, os pacientes declarados como portadores de transtorno de gênero e que não forem portadores de outros transtornos mentais e ou características físicas impróprias para as cirurgias passarão a ser preparados para tal. Aos pacientes são fornecidas informações claras quanto aos procedimentos a que irão se submeter, esclarecimento de dúvidas, tempo médio de internação, cuidados necessários etc. Nos casos em que os pacientes relatam experiência de parcerias de longa duração, ou até mesmo moram juntos enquanto casal, o parceiro é chamado a participar do acompanhamento, tendo-se o objetivo de preparar o casal para o novo momento.

Terceira fase: Tratamento cirúrgico. Os procedimentos cirúrgicos evoluem em etapas. 1. Mastectomia bilateral e reconstituição. 2. Histerosalpingooforectomia. 3. Osqueoneoplastia. 4. Faloneoplastia.

Quarta fase: Acompanhamento sistemático nos pós cirúrgicos imediatos e tardios de cada etapa cirúrgica.

Características gerais dos transexuais Femininos para Masculinos

Os pacientes apresentam-se sempre extremamente desconfortáveis com seus caracteres sexuais secundários, em especial com as mamas, já que elas são visíveis. Assim, apresentam-se com elas enfaixadas e apertadas contra o tórax, além de usar camiseta por baixo e camisa solta por cima, com o intuito de disfarçar qualquer volume mamário. Observa-se também sua postura, que constantemente, e mesmo de forma inconsciente, mantém os ombros voltados para frente, tentando

camuflar qualquer vestígio de seios.

Todos relatam que sempre se perceberam diferentes, que não sabiam o que era, mas que nunca se sentiram adequados em seus corpos, ou para as exigências de gênero que lhes eram cobradas desde crianças. Porém, com as alterações físicas sofridas na puberdade, especialmente mamas e menstruação, tudo ficou pior e extremamente complicado. Quatro deles, desde aquela época, passaram a se vestir de maneira ambivalente e sofriam constantes pressões familiares em função disso. Três tentaram se adequar em grupos homossexuais, mas também não se sentiam iguais nesses ambientes porque sentiam-se perdidos e na maior parte das vezes sem lugar no mundo.

Em função das alterações e novas exigências da adolescência e juventude, suas participações escolares são relatadas como particularmente difíceis. Especialmente para aqueles que naquela época apresentavam atitudes e comportamentos mais adequados a sua identidade psíquica. Eles relatam muitas pressões internas e da sociedade. Sua aparência mais masculina e interesse sexual por mulheres eram percebidos como coisas de “homossexuais”. Relatam que se sentiam atraídos por meninas, mas ao mesmo tempo bastante confusos, pois também não se sentiam como os outros homossexuais que conheciam.

Quatro desses pacientes que usavam roupas ambivalentes na adolescência começaram vida sexual com moças homossexuais, que os percebiam como iguais. Eles, porém, não tinham essa percepção e queriam que elas os vissem como indivíduos do outro sexo, pois era assim que se percebiam. Destes, somente um relatou que desde cedo teve a noção do que era um transexual e passou a tomar hormônio por conta própria. Este paciente conseguiu mais cedo que os outros apoio familiar e, progressivamente pôde ser mais bem aceito socialmente e adequar-se a sua real realidade de gênero, obtendo caracteres sexuais secundários, através de hormônios e

documentação fabricada. Tudo isso tornou sua vivência adolescente bem menos pesada que a dos outros, propiciando inclusive boa continuidade escolar.

Dois pacientes, em função de pressões e decisões familiares, foram obrigados a casamentos arranjados pelas famílias. Um deles relata que essa ocorrência aconteceu em função de doença neurológica (internação pela família) e mais adiante obrigatoriedade do casamento, tendo como ameaça nova internação. Outro narra que, por pertencer a tradicional família japonesa, foi enviado para o Japão para a concretização do casamento, arranjado previamente por parte da família que lá se encontrava.

Durante as reuniões dos grupos de atendimento, ou mesmo esperando suas consultas individuais, percebeu-se que eles se encontravam integrados e trocavam experiências uns com os outros, especialmente no que se refere às novas formas que encontraram para contornar alguns dos muitos problemas que enfrentaram. Alguns têm facilidade com o uso da internet e descobriram relatos de outros transexuais, artefatos úteis a serem utilizados, tratamentos em outros países e dividiam tais descobertas com os outros do grupo. A forma, o tom e os assuntos que ocorrem nas ocasiões em que se encontram no pátio do hospital são tipicamente masculinas, parecem adolescentes agitados descobrindo um mundo novo.

O cabelo, segundo relatos, foi sempre bem curto, pois isso sempre foi possível de ser realizado. Já as vestimentas foram se tornando ambivalentes e progressivamente mais masculinas. Eles geralmente colocam dentro de sua roupa íntima uma cueca, ou algo que simule o volume dos genitais externos. Como um deles descobriu e comprou pela internet um artefato importado, simulando um pênis, que encosta na uretra para que conseguisse urinar de pé, todos imediatamente quiseram saber onde ele havia comprado e, como poderiam comprar também.

Somente um dos pacientes fazia uso de

hormônios antes de ingressar no Projeto. Dado bastante diferente dos pacientes masculinos para femininos, pois estes, em função da facilidade na aquisição e utilização de contraceptivos orais, já o utilizavam desde a adolescência.

Para aqueles que referiam parceiras durante sua participação no Projeto (cinco deles), três diziam que possuíam um “defeito”, ou que eram hermafroditas e que estavam em tratamento. Dois outros, com parceiras fixas de mais longo curso, citavam o próprio Transtorno de Gênero e que estavam em tratamento para adequação e. O sexto paciente ainda não tinha tido parceira até então. Dos que relatavam relações sexuais, três mencionavam que se utilizam de artefato adquirido em *sex shopping*, que fixavam em torno dos quadris e com ele, em contato direto com seu clitóris, realizam a penetração vaginal em suas parceiras e, dessa forma, relatavam orgasmo e prazer para ambos. Todos mencionavam que não permitiam que as parceiras os tocassem nos genitais, ou nos seios, somente no resto do corpo.

Após terem realizado a mastectomia, mencionavam que agora podiam ter relações sem camisa e se sentiam mais livres e adequados, já que essa parte do corpo permanecia embaixo da camiseta, mesmo nos momentos sexuais antes dos procedimentos. Também após essa etapa cirúrgica passam a frequentar academias, com o objetivo de adquirir mais músculos, e a ir à praia. Os ombros, antes voltados para frente, agora voltam a se retificar, e o peito se estufa. Quanto à menstruação todos ficavam muito felizes quando esta não mais se fazia presente, após o uso dos hormônios androgênicos. Diziam que dava pra pular de alegria. Porque isso era um horror, um monstro. Quando um deles mencionou que era uma “monstruação”, tal expressão se popularizou entre eles rapidamente como deboche, algo que lhes era extremamente desagradável.

CASO 1

Paciente com 22 anos que, quando chegou,

tinha recém-ingressado no nível superior de ensino. Relatava que tinha bastante apoio familiar, especialmente financeiro de seu pai. Ao chegar ao Projeto utilizava roupas masculinas, nome masculino e medicação androgênica, o que fazia sua aparência completamente máscula. Apresentava-se de forma bastante integrada, coerente, pouco ansioso e com boa autoestima. Encontrava-se situado dentro dos padrões médios de normalidade física e psíquica, apresentando coeficiente de inteligência dentro da faixa média. Utilizava androgênios há seis anos, mas sem acompanhamento regular. Após ingressar no Projeto, passou a utilizá-lo regularmente com intervalo de 20 dias e avaliações sistemáticas. Apresentava intensa virilização: significante aumento de pelos (com aspecto de pilificação masculina), voz máscula e excelente crescimento do clitóris, fatores que o deixava bastante seguro. A estereotipia quanto à aparência e aos comportamentos era francamente masculina.

Relatava que havia tido algumas parceiras fixas por meses ou até ano (é um rapaz muito bonito, alguns dos transexuais de homens para mulher ficavam interessados). Relatava que havia frequentado a casa de uma das namoradas, e foi bem aceito por sua família. Atualmente, está sem “namoro sério”. Segundo ele, “Agora que consegui entrar na faculdade tem é que estudar e não posso me comprometer, só ir ficando; meninas é o que não falta”. Aparentava tranquilidade em relação a sua aceitação pelas mulheres. Conseguiu toda regularização de documentos de forma clandestina (apoiada e paga por sua família), e “justamente por isso, que segundo ele, está na faculdade e com toda documentação adequada ao gênero masculino. Isso faz toda diferença.

Foi submetido à mastectomia de forma clandestina, (de boa qualidade estética – paga pelo pai), o que ocorreu logo após dar entrada no Projeto, o que segundo ele foi fundamental para sua segurança e liberdade de ser. Relatou que não podia ficar esperando a oportunidade dentro do Projeto (o que realmente era bastante demorado, em

função de depender de profissional especializado de outra Instituição). Relatava que “Não dava para esperar, pois já ia começar a faculdade com nome masculino e não queria qualquer sinal suspeito”. A histerectomia com anexectomia bilateral via videolaparoscopia foi realizada dentro do Projeto e ocorreu dois anos após seu ingresso no Programa, como determinava a regra. Como era algo interno, o paciente aguardou sem maiores problemas para sua tão importante adequação pessoal e social.

CASO 2

Paciente com 25 anos e Ensino Médio incompleto. Relatava que tinha bom apoio familiar (mãe divorciada e avó, pessoas com quem morava desde criança). Ao chegar ao Projeto, utilizava roupas completamente masculinas e também se nominava de forma masculina. Porém, relatou que se utilizou poucas vezes de medição hormonal, especialmente pelas dificuldades encontradas para tal, e quase não tinha pelos, o que o incomodava bastante. Foi percebido como alguém sociável, integrado e, com boa autoestima, porém bastante acomodado quanto ao crescimento profissional e econômico, sempre contando com a ajuda da mãe e da avó. Situava-se dentro das faixas médias de normalidade psíquicas e físicas, apresentando coeficiente intelectual dentro da faixa média também.

Passou a utilizar androgênios regularmente com intervalo de 20 dias e avaliações complementares no Programa. Obteve, após quatro anos de uso sistemático de androgênios, virilização moderada quanto ao crescimento de pelos, mas apresentou bom aumento do clitóris e alteração de voz e formato de corpo. Apresentava estereotipia comportamental bastante masculina, o que foi reforçada após a mastectomia e a reconstrução (realizada dentro do Programa e com excelente resultado). Este procedimento propiciou uma alteração da postura, anteriormente bastante curvada para frente, que adotava até mesmo inconscientemente, para esconder uma eventual

percepção das mamas, embora às enfaixasse e usasse uma camiseta por baixo e outra, solta, por cima (manequim 44). Após a mastectomia e a reconstrução, passou a ter uma postura mais ereta, frequentar academia para fazer musculação, andar somente com uma camiseta e relatar que agora se sentia muito mais livre, feliz e integrado ao seu *status* masculino.

Relatava ter tido duas parceiras fixas de longo curso. Uma delas é sua parceira atual, há mais de dois anos, e que mora na casa dela. Sua parceira é uma mulher com nível superior completo de escolaridade, divorciada, com duas filhas (16 e 19 anos) e 22 anos mais velha que ele. Relatava satisfação afetiva e sexual no relacionamento que tinha, referindo alguns conflitos com as filhas dela, especialmente em função de ele ser bem mais novo que a mãe delas. Apesar disso, conviviam razoavelmente bem.

Observou-se que a parceira, em entrevista, era uma pessoa integrada socialmente, com emprego público, e ainda dava aulas particulares de língua estrangeira, e parecia ser bastante comprometida com o que fazia. Apresentava-se como uma pessoa ansiosa e preocupada em geral. Relatou que, após a separação havia vários anos, mora com as duas filhas e que esse período foi bastante difícil. Relatou que gosta muito do paciente, conhece o problema que ele tem, demonstra bastante ciúmes dele (o que parece que ele não procura minimizar). Ela relata que se preocupa muito com o desenvolvimento profissional dele e incentiva e ajuda no que pode. Conhece a família dele e se relacionam bem, parece que têm em comum alguma proteção a ele. Mencionou vida afetiva e sexual muito boa com ele, com desejo, prazer e orgasmo. Simula uma mãe protetora. O paciente foi submetido à mastectomia e histerectomia com anexectomia bilateral dentro do Projeto, sem qualquer intercorrência negativa. Até este momento ainda não havia troca de documentos. Relatava muita dificuldade no que se refere à atividade profissional, pela não qualificação e documentação não condizente (troca de atividade

frequente – vendedor de seguro de saúde, auxiliar de churrasqueiro em festas etc. – sempre atividades informais). Atualmente encontrava-se como vendedor de automóveis e estava feliz com isso. Continuava com alguma dependência da mãe e, atualmente, também obtinha alguma superproteção por parte da parceira. Moravam juntos na casa dela. Relatou que ainda não pode dar entrada na alteração de documentos, em função de um processo anterior em andamento na justiça. Mas está com toda a documentação do Programa pronta, para que, assim que possível, possa dar andamento à solicitação.

CASO 3

Ingressou no Projeto com 29 anos e possuía Ensino Médio completo. Informou que não tem qualquer apoio familiar, porque a família oriental japonesa era muito conservadora. Aqui no Brasil vivem uma irmã casada e um irmão solteiro. A mãe está no Japão, e o pai já faleceu. Relatou que, quando bem mais novo, foi obrigado a se casar no Japão. Um casamento combinado pela família da mãe, o pai naquela época, havia morrido. Relatou que ficou casado alguns meses, mas que foi um horror. Conseguiu fugir dele e deste casamento. Hoje acha que o homem com quem foi casado no Japão “devia ter permitido que eu fugisse para se livrar daquilo e de mim, porque era um horror”. Posteriormente conseguiu voltar para o Brasil, indicada pela família, para trabalhar no negócio da irmã que estava aqui. E pensa hoje que para se livrar dele por lá – porque foi uma vergonha pra eles.

Inicialmente apresentava-se com roupas ambivalentes, segundo ele, em função de seu trabalho na empresa da irmã, que o achava meio esquisito, mas não tinha ideia do que realmente ele era. Durante sua participação no Projeto fez e passou no vestibular, mas, segundo ele, não conseguiu cursar, em função de seus documentos (femininos) e sua aparência ambivalente, o que provocava muita discriminação (não aguentou

ficar).

Quando ingressou no Projeto, não utilizava medicação hormonal ou nome masculino constantemente. Apresentava-se como uma pessoa masculinizada, dinâmica, ativa, de fácil relacionamento social e impulsivo. Encontra-se situado dentro dos padrões médios de normalidade psíquicas e físicas, apresentando coeficientes de inteligência dentro da faixa média.

Posteriormente, conseguiu morar sozinho e iniciou um trabalho em outro lugar, longe da irmã. Por ter passado a usar androgênios de forma regular e com acompanhamento no Programa, obteve aumento de pelos, de clitóris e crescimento de massa muscular. Após três anos de acompanhamento, observou-se que possuía estereotipia claramente masculina.

Foi submetido à mastectomia fora do Projeto (tal processo ficou comprometido no sentido estético). Mesmo assim, segundo ele, é muito melhor do que o que tinha antes e, não dava pra esperar mais. Também ele, após a mastectomia, apresentou postura mais ereta e pôde passar a fazer exercícios musculares em academia, o que o deixou bem mais musculoso e feliz.

Nunca teve parceira fixa, ou mesmo uma namorada. Relatou que agora consegue “ficar” com meninas em festas. Ainda não teve, porém, atividade sexual mais íntima, pois sente-se muito tímido, ansioso e até reprimido sexualmente.

A histerectomia com anexectomia bilateral ocorreu dentro do Projeto sem qualquer intercorrência negativa. Relatou que conseguiu montar seu próprio negócio de computação e hoje quer voltar à faculdade, mas antes vai fazer alteração legal de documentação. Solicitou e recebeu declarações dos passos que realizou neste Programa. Este paciente foi o que mencionou de modo mais incisivo que pretende fazer também a neofaloplastia, independente do tempo que leve para conseguir., pois acreditava que somente assim se sentirá realmente mais integrado e seguro como

homem.

CASO 4

Ao ingressar no Programa, este paciente tinha 36 anos e nível superior incompleto (abandonou a faculdade por pressão à sua forma de ser e se comportar no primeiro ano). Não tinha apoio familiar, principalmente de seu pai, que nem fala com ele. Família de origem judaica, em que sofria muitas críticas e pressões a sua forma de ser e, especialmente, a sua inversão de identidade. Ao chegar ao Projeto, vestia-se de forma ambivalente e ainda não se nominava frequentemente de forma masculina, mas apresentava estereotipias físicas e comportamentais masculinas e, por isso, relatava dificuldades em conseguir emprego fixo, só conseguindo alguma consultoria informal em computação. Apresentava-se como alguém muito agitado, ansioso, impulsivo e vibrante. Encontrava-se situado dentro dos padrões médios de normalidade psíquica e física, com limiares de inteligência dentro da faixa média.

Passou a utilizar sistematicamente de androgênios a cada 20 dias no Projeto. Há três anos de uso regular, apresentava intensa virilização: aumento de pelos, aumento do clitóris e sua voz tornou-se mais grave.

Relatou que teve duas parceiras de longo curso. Uma delas – a atual – há mais de um ano. Alegou dizer a ela que é hermafrodita e que estava em tratamento. Ela tem uma loja. Segundo ele, “Ela deve ser meio bipolar [porque] às vezes fica meio deprimida e toma remédios”. Frequenta a casa da família dela (também judeus – que não sabem do “problema” dele). Revelou vida sexual ativa, prazerosa e satisfatória para ambos. Não quer que ela venha ao programa, pois diz pra ela que é hermafrodita.

Fez a mastectomia de forma clandestina, em função de sua impulsividade: quando soube que tinha um médico que fazia em São Paulo, foi lá e fez, sem que realmente observa-se sobre como seria. Tal processo se deu sem qualquer

acompanhamento posterior, ficando bastante comprometido esteticamente.

Deixar de ter seios, porém, pareceu ser algo extremamente importante para todos eles, pois é uma característica facilmente notada e que os compromete. Assim, mesmo com resultados nada satisfatórios, percebeu-se melhor que antes.

Sua cirurgia para histerectomia com anexectomia bilateral está sendo novamente agendada. Por não ter conseguido cumprir adequadamente os prazos para os exames necessários, ainda não possuía alteração dos seus documentos e atualmente abriu empresa própria, para consultoria em computação (usou o nome feminino mesmo, como se fosse outra pessoa a dona do negócio, e ele aparece no local como o funcionário). Ainda reside na casa dos pais, não consegue morar sozinho por dificuldades financeiras, mas a pressão que recebe é muito forte. Ele praticamente não existe perante a família, e ela se negou a comparecer ao Projeto.

CASO 5

Tem 40 anos e possui o Ensino Fundamental completo. Teve muitos conflitos familiares severos, em todas as fases de desenvolvimento e relata vários episódios de violências físicas e psíquicas por parte da família. Em função de fortes e constantes crises convulsivas, chegou a ser internado pela família na adolescência, o que se tornou posteriormente um motivo de ameaça, sempre que ele não reagia como eles queriam. Fez e faz uso de medicações anticonvulsivantes. Foi obrigado a se casar, teve dois filhos e separou-se em seguida. Mora com seus dois filhos, que o chamam de pai (14 e 16 anos), que apresentam bom relacionamento com ele. O pai biológico deles foi embora há muito tempo logo que o segundo nasceu – e mesmo antes era ausente.

Desde que chegou ao Projeto, vestia-se, nominava-se e comportava-se de acordo com a estereotipia masculina. Não tinha noção do que acontecia com ele, mas há muito se vestia e se

comportava como homem – chegou ao projeto por encaminhamento médico.

Atualmente é uma pessoa que professa a religião protestante, que o aceita como hermafrodita, nomenclatura que aprendeu com seus companheiros do grupo do Projeto e que passou a utilizar defensivamente. Demonstra ser carente afetivamente e até mesmo “inocente” no que se refere à compreensão e à cooperação com as dificuldades dos outros. Apresenta dificuldades de atenção concentrada e de compreensão de problemas mais complexos, demonstrando constantemente muita ansiedade na realização de testes psicológicos. Possui autoestima baixa, especialmente no que se refere à inteligência, e esta realmente encontra-se nos limites inferiores da faixa média.

Usava anticonvulsivante de forma irregular, em função de problemas para acordar e necessidade de estar cedo em sua loja. A irregularidade o fazia ainda ser afetado por fortes crises convulsivas, processo que o fez ser encaminhado a outra avaliação e acompanhamento neurológico.

Apesar de suas dificuldades, mantém esta loja e, tem apoio de uma senhora e do marido dela há muitos anos. Ele os chama de “mãe” e “pai”. Este relacionamento, aparentemente firme, dá a ele suporte para sua vida e evolução, pois tal senhora apresentou-se às consultas no Projeto, sempre que solicitada. Muitas dessas solicitações aconteceram em função dos problemas com as crises convulsivas e a necessidade de regularidade no uso da medicação.

Após autorização do neurologista, passou a usar androgênios e, há dois anos, usa-os regularmente a cada 20 dias. Apresentou, após uso de terapia hormonal, aumento de pelos, desenvolvimento do clitóris e alteração na voz, o que o deixou bastante feliz e mais seguro como homem.

Passou a morar também com uma parceira há quase dois anos (relatou que só teve essa parceira). Sempre foi extremamente tímido e inseguro no que

se refere a se aproximar sexualmente de uma mulher, pois foi severamente reprimido e sempre diminuído como ser humano em geral. Toda evolução nesse aspecto ocorreu durante sua integração ao Projeto. Para sua parceria disse o mesmo que ao Pastor da Igreja: que tinha um problema e que estava em tratamento. Conheceu essa moça (separada e com três filhos), como representante de vendas de materiais para sua loja (papeleria variada), e logo ela foi morar na casa dele e ajudá-lo na loja.

Atualmente, essa relação encontra-se em crise, em função de serem muito diferentes quanto a valores e educação de filhos (ele discorda completamente da forma “relaxada com que ela cuida dos filhos dela e da administração da casa”). Segundo ele, sempre tudo foi muito organizado. “Meus filhos são bons estudantes, educados e não desperdiçados nas coisas como ela”. Estava em dúvida se iria continuar o relacionamento com ela, pois achava que estava até mesmo prejudicando a educação de seus filhos. E isso ele não ia admitir.

Em entrevista com a parceira observou-se que ela era uma pessoa limitada, com pouca interação social e sem iniciativa. Pareceu que ela estava com ele por acomodação. Mais tarde ele falou com ela em separação e a ajudou economicamente, para que ela fosse para outro estado morar com a família dela. Sentiu-se triste pela perda de uma parceira, disse que era ruim ficar sozinho, mas não dava prá ficar com alguém que o estava prejudicando.

Houve entrevistas com ambos os filhos. São dois rapazes bem educados, sociáveis e estavam bem em seus colégios. Parecem ter uma boa relação afetiva com o pai e realmente é assim que o percebem. Ao mais velho, que está na Escola Técnica, solicitamos ajuda quanto ao lembrete do uso dos anticonvulsivantes regularmente. Ele relata que o pai sente que no dia seguinte tem dificuldades de acordar e é nesse momento que ele evita tomar a medicação.

O paciente foi submetido à mastectomia dentro do Projeto, cirurgia que ocorreu sem intercorrência e ficou muito boa esteticamente.

Esse fato o tornou extremamente feliz, relatando poder ficar sem camisa, esticar o peito, trabalhar no quintal da casa sem camisa, ir à praia com os filhos. Mencionou que “estava feliz como um passarinho livre”. Aguarda histerectomia com anexectomia bilateral, o que não ocorreu em função de apresentar crises convulsivas frequentes. Esse aumento de frequência de crises ocorreu após discórdia com uma irmã, o que o deixou muito mal. De vez em quando ela aparece e ainda o ameaça (ela é advogada), diz que ele é maluco e que vai interná-lo, como fizeram na adolescência. Como esse período foi terrível, ele sente-se angustiado e amedrontado. Ainda não tem alteração de documentos, porém leva sempre consigo uma documentação do Projeto, especialmente em função das crises que acontecem às vezes na rua. Já aconteceu de ser levado pelos bombeiros para o hospital com problemas cardíacos no Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI). Por isso anda sempre com os documentos do Projeto, para que possa esclarecer qualquer problema nesses momentos. Está preocupado porque a última crise quase o matou e está prejudicando sua evolução no Projeto.

CASO 6

Chegou ao projeto com 34 anos e nível superior incompleto. Mora com uma parceira. Iniciou a faculdade há alguns anos e não conseguiu permanecer lá em função de discriminações. Tinha apoio familiar, especialmente de sua mãe, seu pai era ausente desde a primeira infância. A mãe hoje é casada com outro homem e tem uma irmã desta nova união. Ao chegar ao Projeto, vestia-se de forma masculinizada, mas era algo ambivalente, segundo ele, para minimizar dificuldades em seu trabalho. Utilizava-se de nomeação de homem sempre que possível, e tinha feito uso de medicação hormonal de forma bastante irregular até então.

Durante sua estada no Projeto, fez novo vestibular e deu início a um novo curso. Com documentação que levou de sua participação no

Programa e, que foi aceita interinamente até que consiga documentação legal. Conseguiu assim que seu nome nas listas de presença da faculdade seja masculino, o que não lhe impõe constrangimentos ou discriminações. Relata que está muito feliz e indo bem na faculdade.

Encontra-se situado em uma faixa média de normalidade psíquica e física, apresentando-se estável, bastante atento, centrado, com inteligência média superior e bastante sociável. Tinha trabalho fixo iniciado com nome feminino, mas como era terceirizado, conseguiu manter-se no emprego e, “com uma perninha diferente em seu crachá de a para o” (alterado facilmente como erro de digitação), ser chamado por todos pelo nome masculino. Após a completa alteração de aparência física, que progressivamente foi se processando em seu desenvolvimento no Programa, ninguém poderia ter dúvidas se era um erro de digitação no crachá.

Utilizava androgênios no programa há dois anos de forma regular a cada 20 dias. Apresentava intensa virilização. Possui estereotipia física e comportamental claramente masculina. Tem parceira fixa, moram juntos há quase dois anos. Observa-se nítida relação de casal entre eles, com relato de relacionamento sexual prazeroso e satisfatório para ambos.

Foi submetido à mastectomia de forma clandestina, logo após ter ingressado no Projeto. Fato que, segundo ele, era imprescindível e não podia esperar, pois o comprometia muito, especialmente no trabalho. A cirurgia não ficou satisfatória e, por falta de acompanhamento, gerou problemas que necessitaram apoio e suporte médico pelo pessoal da equipe do Projeto.

Histerectomia com anexectomia bilateral foi realizada pela equipe do projeto, sem qualquer intercorrência negativa. Ainda não possuía alteração de documentos, porém já havia dado entrada na Defensoria Pública, na tentativa de, com o que já conseguiu ter de alterações, pudesse finalmente também adequar sua documentação, pois assim ficaria mais tranquilo e com outras

possibilidades de crescimento profissional, o que era uma preocupação constante nele.

Segundo relatos desses pacientes, atualmente percebem-se com aparência típica masculina, pela utilização da hormonioterapia, o que os deixa mais felizes e seguros. Não apresentam mamas, o que lhes incomodava sobremaneira e também não têm útero, trompas e ovários, o que os fez sentirem-se livres da feminilidade indesejada. Com seu clitóris aumentado em função dos hormônios, de exercícios para alongá-lo e o pique cirúrgico para deixá-lo mais pendente, mencionam que irão ficar até esta etapa. Afirmam que a neofaloplastia é muito longa, complicada e que não gostam dos resultados que têm visto até mesmo pela internet, além de relatarem que têm relações sexuais prazerosas com suas parceiras. Isso ocorre, talvez, em função da vivência com parceiras afetivo-sexuais fixas e a utilização de pênis artificiais, para uso cotidiano e micção de pé, além do outro tipo de pênis artificial, utilizado para a penetração vaginal. Assim, após serem esclarecidos quanto às diversas etapas cirúrgicas, necessárias para a construção de um neofalo, suas possíveis complicações e limitações, têm optado, no momento – com exceção do caso 3 –, pela não realização desta última etapa cirúrgica.

Hormonioterapia

A androgenioterapia indicada nos casos de transexuais masculinos é muito variada e pode ser usada por via transdérmica, oral ou parenteral. Os cremes e adesivos são confeccionados em geral com propionato de testosterona e devem ser usados diariamente aplicados preferencialmente na pele abdominal. As fórmulas contêm testosterona gel de 2% e 5% .

Por via oral, a metiltestosterona em doses de 5 mg a 25 mg por dia, e o undecanoato de testosterona em comprimidos de 40 mg. Por via intramuscular (IM), o cipionato de testosterona é indicado em ampolas de 200 mg, e o undecanoato

de testosterona de 250 mg em solução oleosa injetável de ação prolongada. As doses devem ser adaptadas a cada cliente em função da resposta apresentada no: pomo de Adão, hipertrofia do clitóris, nível de pilificação (corpo, região pubiana, barba) e a cessação de perdas sanguíneas uterinas tipo menstrual.

A opção do Projeto foi a via parenteral, IM, com substâncias androgênicas diversas em injeções de ação prolongada por, em observação, mostrar melhores resultados. Utilizou-se uma formulação de propionato de testosterona 30 mg; fenilpropionato de testosterona 60 mg; isocaproato de testosterona 60 mg; decanoato de testosterona 100 mg; óleo de amendoim em quantidade suficiente para (q.s.p.) 1 ml; álcool benzílico 0,1 ml. Obteve-se os melhores resultados com intervalos de 20 em 20 dias. Essa medicação foi iniciada com intervalos de 45 dias observando aumento adequado da masculinização, mas com frequentes escapes tipo menstrual. A frequência das injeções foi reduzida até chegar a 20 dias, o que controlou as perdas sanguíneas. Todos os casos foram acompanhados por exames laboratoriais que mostraram níveis compatíveis com os do organismo masculino (400 a 800 ng/dl), e em nenhum caso houve alterações do perfil lipídico e dos parâmetros investigados pelo hepatograma. Por dois anos os exames foram realizados de seis em seis meses. Depois, anualmente.



Figura 1. Dois exemplos dos efeitos sobre os pelos e o clitóris.



Mastectomia

A mastectomia é a reivindicação mais prevalente dos pacientes, pois interfere visivelmente com a estereotipia masculina. No Projeto, ela foi realizada por adenectomia periareolar. Aqueles que a realizaram cirurgias fora do Programa, elas foram feitas por incisão no sulco inframamário com exereses de retalho cutâneo, o que resulta em cicatriz antiestética e denunciadora da mastectomia.

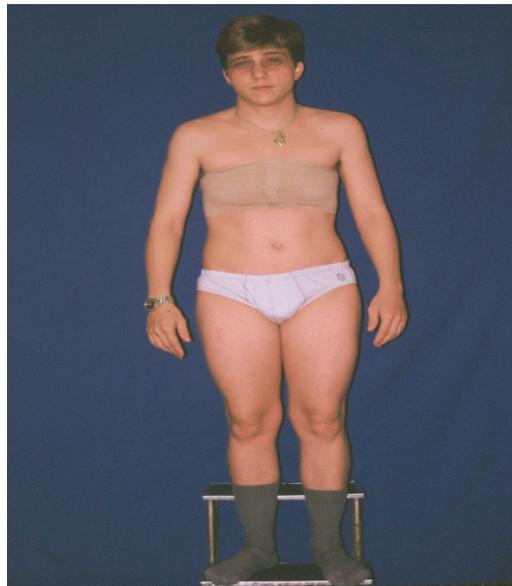


Figura 2. Exemplo de Mastectomia Subcutânea Realizada no Projeto.



Figura 2. Exemplo de Mastectomia Subcutânea Realizada no Projeto.



Pós Cirurgico Imediato



Pós Cirurgico Tardio



Figura 3. Exemplo de uma mastectomia realizada fora do Projeto.

Histerectomia com anexectomia

A técnica inicial foi dupla, videolaparoscópica para soltar os anexos e vaginal para a exérese do útero e dos anexos previamente liberados. O que motivou essa escolha foi o receio de, sob ação do androgênio, encontrar ovários atróficos e elevados na cavidade pélvica. A experiência mostrou que a via vaginal exclusiva era perfeitamente exequível. O motivo pelo qual não se indica nesses casos a laparotomia convencional é a necessidade de preservar as condições vasculares normais da parede abdominal baixa, a qual poderá ser futuramente usada na confecção da neofaloplastia. A técnica cirúrgica utilizada atualmente no Projeto para úteros sem prolapso é a descrita por Heaney (1934), e pode sucintamente ser assim descrita: com o paciente anestesiado e em posição de litotomia, a bexiga é cateterizada, e um toque bimanual é realizado para melhor avaliação dos órgãos pélvicos. A valva pesante de Auvard é colocada na vagina, e o colo uterino tracionado com uma pinça Pozzi. Inicia-se a histerectomia com uma incisão semicircular do colo uterino à bisturi na transição da mucosa cervico-vaginal anterior e posterior, preservando a mucosa dos paracolpos bilateralmente. Os paracolpos são pinçados, seccionados, ligados e devidamente reparados (ligaduras ancoradas).

O colo uterino é tracionado para baixo para iniciar a liberação da bexiga. A mucosa vaginal ligeiramente dissecada (dissecção romba) expõe o fâscia vesicovaginal. Uma vez dissecado tal espaço, uma valva de Breisky ou Diver é introduzida, expondo assim a prega peritoneal anterior que devera ser incisada. A bexiga é então protegida e assim afastada pela valva.



Figura 4. Histerectomia de Heaney. A. Posição de litotomia e cateterismo vesical; B. Exposição do fâscia vesicovaginal; C. Pinçamento e seção dos vasos uterinos.

Com o colo uterino agora tracionado para cima, procede-se o descolamento da mucosa vaginal inserida posteriormente ao colo (*torus uterino*), identificando assim o peritônio posterior. O mesmo é incisado (celiotomia), e a abertura peritoneal é então alargada até a borda medial dos ligamentos uterossacos. Nesse momento troca-se a valva de Auvard por outra de lâmina longa, introduzindo-a na escavação retouterina. Com as valvas colocadas anterior e posteriormente, inicia-

se a seção e ligadura dos uterossacos, paramétrios e pilares vesicais com fio Vicryl 1.

Em seguida, realiza-se o pinçamento e seção dos vasos uterinos contidos na porção mais alta dos ligamentos cardinais. Neste momento é importante manter a bexiga bem afastada, pois esta manobra distancia o ureter do campo operatório. Neste momento, o útero encontra-se fixo apenas pelos pedículos superiores, contendo tubas, ligamentos redondos e infundíbulo pélvico.



Figura 5. Histerectomia de Heaney. A. Ligadura dos uterossacos; B. Báscula do útero; C. Pinçamento e ligadura do ligamento suspensor do ovário.

Em úteros pequenos, como nos casos de transgenitalização, a apreensão da parede uterina posterior com pinça de Lahey permite a báscula do útero através do fundo de saco posterior, promovendo uma melhor exposição dos pedículos superiores, que são pinçados e seccionados, e a peça é, então, removida. Nos casos de transgenitalização,

torna-se necessária a retirada dos ovários. Assim, faz-se necessário o pinçamento mais alto, ao nível do ligamento suspensor do ovário, o qual contém os vasos ovarianos.

O ato operatório é concluído pelo fechamento da vagina pela técnica de culdoplastia com

colocação de tampão vaginal.

Anatomia Patológica

Nos casos operados, o exame histopatológico do material estudado – útero (endométrio) e ovários submetidos à ação androgênica por cinco a nove anos (Durateston uma ampola IM de 20 em 20 dias) – mostrou:

Útero

O detalhe macroscópico da cavidade endometrial mostra mucosa endometrial espessada à semelhança de quadros típicos de hiperplasia endometrial. O canal endocervical revela-se de forma típica, sem evidência de espessamento à macroscopia. O estudo microscópico da mucosa endometrial mostra desarranjo da arquitetura com presença de glândulas alongadas e tubulares constituídas por epitélio hiper cromático, caracterizando quadro de hiperplasia simples sem atipias.



Figura 5. Anatomia patológica do útero. a) corte exibindo canal endocervical e cavidade endometrial; b) detalhe da cavidade endometrial. Mucosa endometrial espessada; c) Hiperplasia glandular simples sem atipia endometrial. Glândulas alongadas e tubulares.

Ovários

Os ovários mostram-se de aspecto habitual, algumas vezes apresentam cistos em sua superfície com multinucleações preenchidas no seu interior

por material amorfo eosinofílico. Apresentam ainda vasos com paredes espessadas e *corpus albicans* com degeneração hialina.

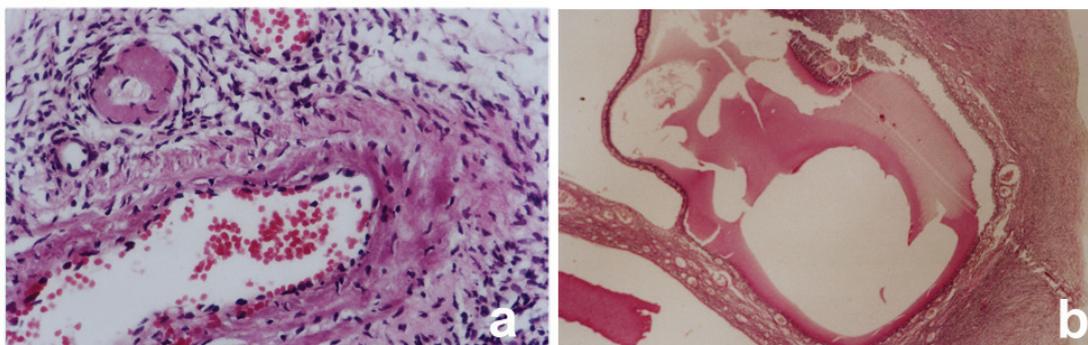


Figura 6. Anatomia patológica do ovário. a) corpus albicans, detalhe, mostrando um grande vaso, ao lado de uma arteríola com degeneração hialina da parede; b) cisto folicular com multiloculações, preenchidas com material amorfo eosinofílico.

Neofaloplastia

Não encontrou-se espaço para realizar a neofaloplastia. A primeira razão é que não obtiveram-se recursos para desenvolver uma técnica segura que não prejudicasse a sensibilidade clitoridiana, condição usada como preponderante no relacionamento sexual genital dos pacientes. A segunda é por não encontrar entre eles propensão a correr os riscos da operação, e o tempo necessário para a conclusão de seus diversos estágios. De qualquer maneira, foi preservada a integridade da parede abdominal e a vagina, estruturas passíveis de serem usadas em eventual futura neofaloplastia.

Considerações Finais

Esta experiência mostra que o acompanhamento constante nas etapas pré e pós-cirúrgicas é essencial ao êxito de todo o trabalho. Não é possível esquecer que cuidam-se de pessoas extremamente ansiosas pela resolução de suas inadequações e, para tal, são capazes de arriscar-se em situações nada seguras. E, como sabem que o tratamento regulamentado exige, no mínimo, dois anos de acompanhamento, antes dos procedimentos cirúrgicos, várias vezes por influências de conhecidos, por aquilo que vêm na mídia ou na internet, sentem-se tentadas à realização de tratamentos, que na maioria das vezes, lhes causam mais problemas que soluções. Arriscam-se mesmo assim. E, percebeu-se que se houvesse tempo e se conseguisse formar vínculos de confiança e apoio com esses pacientes, é possível minimizar o risco de tais situações.

Relatos repetidos, após cada etapa superada, foram de integração, felicidade e melhoria de autoestima, além de mais bem adequação ao meio

social. Seguidos constantemente pela necessidade de agilizar documentos emitidos pela equipe do Projeto, para que pudessem dar andamento ao processo junto à Defensoria Pública, no sentido de alteração de sua identidade legal. Segundo Vieira (1996), isso é um procedimento necessário para sua completa integração ao meio social e principalmente profissional.

Os temas mais prevalentes que paralelamente influem nas decisões de pacientes e da equipe do Projeto prendem-se à importância de esclarecimentos seguros que permitam uma decisão pela operação com consentimento informado; o direito à saúde; a tutela jurídica da integridade física; a responsabilidade penal e ética médica em acordo com o Conselho Federal de Medicina; o fornecimento de documentação que permita a adequação do prenome e do sexo no registro civil incluindo as repercussões no Direito de Família.

O transexualismo não ocupa, no Código Internacional de Doenças (CID), o número 302.5/2 (Desvios e transtornos sexuais) juntos com travestidos, homossexuais, exibicionistas e assemelhados, mas sim o CID 10, F.64.0 (Transtornos de identidade de gênero). As figuras do homem e da mulher não se restringem à condição do ser macho ou fêmea, mas ultrapassam esses limiares. Tratam-se de construções bio-psico-sociais complexas.

Recentemente surgiu proposta de nova nomenclatura (BENTO, 2004) que nomeia o transexual do feminino para o masculino de “transexual masculino” e o de masculino para feminino de “transexual feminino”, forma mais prática e adequada, em especial por não conter a

ideia de “doença” que está embutida no DMS IV e no CID, mas fora do sentimento dos indivíduos que apresentam essas situações.

As cobranças e as exigências em relação à presença de um genital traduzem-se na necessidade de adequação a todo custo, mesmo em indivíduos com problemas (genéticos e hormonais) que não conseguem exercer tal coerência. Se, para estes, as cobranças de adequação existem, quanto mais para pessoas com transtorno de identidade extremamente complexo e intenso, como é o caso dos indivíduos diagnosticados como transexuais. Esses indivíduos sofrem intensamente desde a primeira infância, quando percebem que há algo de errado com eles, pois não se sentem ou se comportam como os demais do mesmo sexo e desejam comportar-se “normalmente” como pertencente ao sexo “oposto”. Existe, assim, um forte desejo de adequar seu sexo anatômico à sua realidade sexual interior, acreditando o que sentem como seu verdadeiro sexo.

É comum haver confusões no momento de designar os distúrbios de gênero, não somente pela população leiga, mas também pelos profissionais de saúde, em que os preconceitos e a falta de formação adequada, fazem parte dessa incapacidade. É importante ressaltar as diferenças entre travestis, homossexuais e pessoas diagnosticadas como transexuais (CANELLA; ANDRADE SILVA, 2004). O diagnóstico diferencial terá de ser preciso, pois o procedimento cirúrgico é irreversível. É preciso, portanto, libertar-se de conceitos reducionistas, como identidade de gênero (masculino e feminino) ou identidades sexuais (homo, hétero ou bissexualidade), ou seja, aprender a respeitar as singularidades e diversidades. Talvez essa seja

uma saída mais justa, ética e humana para não infringir-se qualquer espécie de sofrimento psíquico àqueles que ousaram ir contra as regras impostas pela cultura, pela socialização e que ousaram questionar os limites de suas prisões identitárias .

Referências

BENTO, B. A. M. Da transexualidade oficial às transexualidades. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. (Org), **Sexualidade e Saberes/ Convenções e Fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 143-172.

CANELLA, P. R. B.; ANDRADE SILVA, M. C. Gênero e Transgenitalização. **Revista Femina**. Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v. 32, 2004. p. 721- 726.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1482 / 1997**. Brasília: Editoria do Conselho, 1997. CID 10 – **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Organização Mundial da Saúde, colaboração da Universidade de São Paulo. São Paulo: Editora da Universidade, 1998.

DSM-IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Manual da Associação Americana de Psiquiatria. Tradução de Claudia Dornelles. 4ª edição revisada. Porto Alegre: Artmed, 2002.

VIEIRA, T. R. **Mudança de Sexo, Aspectos Médicos, Psicológicos e Jurídicos**. São Paulo: Laurus Livraria e Editora, 1996.

Leituras Suplementares

ANDRADE SILVA, M. C.; CANELLA, P. R. B. **Projeto – Gênero e Transgenitalização**. Tese de Mestrado em Sexologia da Universidade Gama

Filho e Divisão Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAPES), 1999.

ANDRADE SILVA, M. C.; CANELLA, P. R. B. Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ – Hospital Moncorvo Filho. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. São Paulo, v. 18, n. 1, 2007. p. 287-294.

CANELLA, P.R.B. Sexo, Sexualidade e Gênero. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. São Paulo, v. 17, n. 1, 2006. p. 81-100.

CHILAND, C. O. **Transexualismo**, São Paulo: Edições Loyola, 2008.

DEF – **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas**. Rio de Janeiro: Editora Publicações Científicas, 2009/2010.

MASTERS, W.; JOHONSON, V.; KOLODNY, R. **Human Sexuality**. Nova York: Harper Collins Publishers, 1992.

MONEY, P.; TUCHER, P. **Os papéis sexuais**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

NERY, J. W. **Erro de Pessoa: João ou Joana**. Rio de Janeiro: Record, 1984.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSEL, T. M. (Ed.) **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**: Editora Prentice-Hall do Brasil; 1997.

KELLY, D. R; JESSELL, T. Sexo e o Cérebro, In: KANDEL, E. R.; SEHWARTZ, J. N.; JESSEL, T. M. **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil, 1997. p. 463-471.

SANTANELLI, F. E. T.; SCUDERI, N. **Neophalloplasty in Female-to-Male Transsexuals with the Island Tensor Fasciae Latae Flap**. Presented at the 8th Annual Meeting of the European Association of Plastic Surgeons, in Amsterdam. The

Netherlands, May 15 through 17, 1997, and the 1st International Interdisciplinary Symposium on Genitourinary Reconstructive Surgery in Congenital Malformations, Transsexuals, and Impotence, in Barcelona, Spain, April 6 through 8, 1998.

VERDE, J. B.; GRAZIOTTIN, A. **Transexualismo o enigma da identidade**. Tradução de Sérgio Schirato. São Paulo: Paulus, 1997.

WILSON, J. D. The Role of Androgens in Male Gender Role Behavior. **Endocrine Reviews**. Washington, DC: Endocrine Society, v. 20, n. 5, 1999. p. 726-737.